



Tilburg University

Gezondheidsmarkt

van Damme, E.E.C.

Published in:
Algemeen Dagblad

Publication date:
2001

Document Version
Peer reviewed version

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Damme, E. E. C. (2001). Gezondheidsmarkt. *Algemeen Dagblad*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

GEZONDHEIDSMARKT

In een van de deze week gepresenteerde "Verkenningen" heeft het kabinet laten weten dat de gezondheidszorg anders georganiseerd moet worden. In plaats van het aanbod moet de vraag centraal komen te staan. De patiënt aan het stuur en de arts als ondernemer.

Dat het anders moet is wel duidelijk. Hoewel gezondheid het belangrijkste goed is dat bestaat, heeft de consument nu weinig te kiezen. De zorgsector wordt centraal geleid, alsof we geen westerse markteconomie, maar een communistische Staat zouden zijn. Taferelen als in het voormalig Oostblok zijn het logische gevolg. Hier geen wachtrijen en lege schappen bij de bakker, maar wel bij de specialist. "Het is eenvoudiger een reis naar de maan te boeken dan een operatie" las ik deze week in het *Financieel Dagblad*.

Waarom mogen we eigenlijk niet meer kiezen? Waarom eigenlijk dat idee dat zorg voor iedereen hetzelfde moet zijn? We accepteren toch ook dat niet iedereen in hetzelfde rijtjeshuis woont? Als iedereen goed verzorgd wordt, is er toch niets op tegen dat sommigen, tegen extra betaling, nog beter verzorgd worden?

Ook zorgaanbieders kennen nu frustraties vergelijkbaar met die uit het voormalige Oostblok. Lage salarissen voor verplegend personeel, en specialisten die duimen moeten draaien als het budget op is. Zij zijn dus voor meer keuze voor de consument. Meer keuze betekent immers ook meer vraag. Maar daar zit nu net de pijn: wie gaat dat betalen?

Het antwoord is simpel: de patiënt zelf. Als we meer willen moeten we ook meer betalen. Als wachtrijen de vraag niet meer afremmen dan moet de prijs dat doen. Nu gebeurt dat niet omdat de verzekering praktisch alles vergoedt. In de toekomst zal dat niet meer gaan, en zullen we eigen bijdragen moeten betalen.

De gezondheidseconomie laat zien dat dat werkt. Een voorbeeld is de verhoging van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen in Duitsland in 1997. Ruwweg

ging het om een verdubbeling van de eigen bijdrage van DM 5 tot DM 10 voor een gemiddelde verpakking. Het gevolg was een daling van het aantal huisartsenbezoeken met ongeveer 10%. Veel patiënten die anders hun arts alleen bezochten om een recept te halen gingen nu niet meer.

Niet alleen patiënten ook artsen reageren op prijsprikkels. Artsen zijn ook nu reeds ondernemers. In een paginagrote advertentie kwamen tandartsen daar deze week ook uiterlijk voor uit. Huisartsen zijn wat minder open, maar voor hen geldt het niet anders. Huisartsen die ook een apotheek hebben schrijven 10% meer recepten voor dan vergelijkbare artsen zonder apotheek. Logisch toch? Had u anders verwacht? U verwacht toch ook dat, als u uw auto ter reparatie brengt, de verkoper probeert u een nieuwe aan te smeren.

Voor specialisten is het niet anders. Op medische gronden zou verwacht mogen worden dat ongeveer 10% van de babies met de keizersnede ter wereld komt. In de OECD-landen ligt het gemiddelde nu op ongeveer 20%. Het verschil wordt veroorzaakt door de vraag naar comfort bij de aanstaande moeder en het streven naar extra inkomen van de gynaecoloog.

Gegeven uit Italië laten zien dat de laatste factor niet verwaarloosd mag worden. Net als elders krijgen specialisten daar voor een gewone bevalling minder betaald dan voor een keizersnede. In de streek Emilia Romagna werden in 1997 beide tarieven verlaagd. Opvallend is dat daarna in die streek veel meer kinderen met de keizersnede ter wereld komen. Door meer keizersnedes uit te voeren hebben ziekenhuizen en artsen hun inkomensachteruitgang nog enigszins weten te compenseren.

Meer marktwerking in de zorg is prima, maar we moeten niet vergeten dat artsen ook maar mensen zijn.

Eric van Damme